O CHIRURGICZNÉM
LECZENIU WOLA.

Wykład habilitacyjny

Dra HILAREGO SCHRAMMA,
asystenta kliniki chirurgicznéj.





KRAKÓW,
W DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod tymcz. zarządem Bolesława Dembowskiego.
1885.



(Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego").

Chciałbym pomówić o leczeniu choroby, która tak z powodu ważnych zboczeń, jakie za sobą może pociągnąć, jak niemniéj z powodu zdradliwego nieraz przebiegu zasługuje na uwagę, a z którą spotkacie się Panowie nieraz w swéj praktyce lekarskiéj, gdyż choroba ta nie należy wcale do rzadkich w naszym kraju. Mam tu na myśli wól, chorobę, którą każden prawie z Panów zna, bądźto z kliniki, bądź z widzenia, zwłaszcza, jeżeli przebywał choćby dni kilka w okolicach podgórskich, gdzie prawie na każdym kroku spotkać można ludzi, dotkniętych tém cierpieniem. Nie mogę dzisiaj wdawać się w bliższe określenie téj choroby, ani podawać jéj cech rozpoznawczych od innych podobnych zboczeń, pomijam też opis poszczególnych odmian wola a przechodzę do leczenia téj choroby i to do leczenia tylko chirurgicznego.

Przedewszystkiém kładę nacisk na to, że do leczenia tego wolno nam uciec się dopiero wtedy, jeżeli środki wewnętrzne, a więc jod podany czyto jako jodek potasu, jako wody jodowe lub jako polecany w najnowszych czasach jodoform, lub w postaci maści jodowych stosowanych na szyję, nie odniosą skutku lub gdy chory zgłasza się w takim stanię i z takim rodzajem wola, iż według uzyskanego doświadczenia możemy z góry powiedzieć, że wymienione

środki pozostaną z pewnością bez skutku. W takich więc razach wolno nam w celu wyleczenia chorego użyć stosownie do wskazania jednego ze środków chirurgicznych. A środków tych mamy obecnie nie wiele, gdyż znaczną część dawniéj używanych sposobów bądźto jako nieodpowiednie porzucono lub téż zastąpiono innemi pewniejszemi i bezpieczniejszemi środkami. Tak się stało z używaném dawniéj zakładaniem zawłoki do wola, ten los spotkał przypalanie wola za pomocą strzałek zrobionych z istot żrących i wprowadzanych w miąższ gruczołu, sposób polecany przez Chassaignaca, Mackenziego i Demmego, tak samo porzucono podskórne rozrywanie wola za pomocą wbitego weń trójgrańca, jak to w swoim czasie polecał Billroth; również oddalenie wola przez podwiązanie go bądź wraz ze skórą lub podskórnie, jak to zalecali Heisler, Richter, Majer, Bellard i inni; odgniatanie go za pomocą ekrasera lub oddzielanie pętlą galwanokaustyczną Middeldorpfa ustąpiły przed innemi pewniejszemi środkami chirurgicznemi, tak że dzisiaj posiadamy właściwie tylko trzy rodzaje chirurgicznego leczenia wola, sąto: wstrzykiwania cieczy drażniących, nacięcia i wyłuszczenia zwyrodniałego gruczołu. O tych trzech więc zabiegach chcę z Panami pomówić, podam wskazania i przeciwwskazania do ich wykonania, zwrócę uwagę na niebezpieczeństwo, jakie za sobą mogą pociągnąć, przedstawię wyniki, jakich po każdym z nich możemy się spodziewać, a wreszcie opiszę pokrótce sposób wykonania. Zacznijmy od zabiegu względnie najłagodniejszego, t. j. od wstrzykiwań miąższowych. Zabieg ten polega na tém, że za pomocą znanéj wszystkim Panom strzykawki Pravaza wprowadza się w sam miąższ gruczołu małą ilość leku, który ma sprowadzić zanik powiększonego gruczołu. Sposób ten podał pierwszy Lücke około roku 1868 a prawie równocześnie z nim ogłosił swe doświadczenia Lutton w Rheims. Obaj ci badacze używali do wstrzykiwań nastoju jodowego, nieco późniéj polecił Schwalbe wstrzykiwania czystego wyskoku, Parana wstrzykiwał wody mineralne, Pepper zaleca wstrzykiwania ergotynu, Woakes

próbował w tym celu kwasu fluorowego i miał nim osiągnąć dobre wyniki, Grünmach chwali bardzo wstrzykiwania rozczynu Fowlera, a w najnowszych czasach polecił Szumann wstrzykiwania kwasu nadosmowego.

Z pomiędzy tych wszystkich środków największém, przynajmniéj jak dotąd, powodzeniem cieszy się nastój jodowy, radziłbym więc Panom trzymać się w swéj praktyce tego sposobu, jako najwięcéj wypróbowanego, a dopiero w razie, gdyby on pozostał bez skutku i gdyby w ogóle przypadek nadawał się do dalszych prób z wstrzykiwaniem miąższowém, wstrzykiwać rozczyn Fowlera lub kwas nadosmowy, któreto środki w innych analogicznych cierpieniach odnoszą dobry skutek.

Przypadki nadające się do leczenia za pomocą wstrzykiwań miąższowych sąto wola małe, krótkotrwające, wywołane przez przerost tkanki gruczołowéj czyli tak zwane *struma parenchymatosa.* W przypadkach takich można przez wstrzykiwanie osiągnąć bardzo dobre wyniki, mimo że jod podawany wewnętrznie lub stosowany. w maści pozostał bez skutku. Daleko mniéj nadziei możemy robić choremu wyleczenia go tym względnie łagodnym środkiem, jeżeli mamy do czynienia z wolem włóknistym lub polegającym na klejowatém zwyrodnieniu gruczołu. Zupełnie bez skutku są oczywiście wstrzykiwania miąższowe wobec wola torbielowego a przeciwwskazane tam, gdzie powiększenie gruczołu tarczykowego wywołane jest przez rozwój w nim nowotworu złośliwego.

Co do pytania, w jaki sposób działają wstrzykiwania miąższowe, to jedni autorowie, np. Lücke, sądzą, że jod i tutaj rozwija swoiste działanie na gruczoł tarczykowy, inni są zdania, że całe działanie polega na wznieceniu w miejscu wstrzyknięcia ograniczonego zapalenia, które prowadzi do zbliznowacenia i zaniku tkaniny gruczołowéj. Ale i w takim razie nastój jodowy zasługuje na pierwszeństwo przed innemi lekami, a to z powodu, iż wzniecając ognisko zapalne wprowadzamy zarazem pewną ilość tak dzielnego środka przeciwgnilnego, jakim jest jod, który ulega wessaniu po-

woli, zostaje więc na miejscu przynajmniéj tak długo, jak trwa stan zadrażnienia. Obawa więc, aby w miejscu wstrzyknięcia nie przyszło do ropienia, jest znacznie mniejszą niż po wstrzykiwaniu innych cieczy, bądźto łatwo ulegających wessaniu, bądźtéż nieposiadających własności przeciwgnilnych.

Co do sposobu wstrzykiwań miąższowych, to jest on bardzo prosty. Zwracam tylko uwagę Panów, abyście ten na pozór drobny zabieg chirurgiczny wykonywali zawsze ściśle przeciwgnilnie. A więc własne ręce, szyję chorego i strzykawkę należy dokładnie oczyścić kwasem karbolowym a igiełkę jeszcze bezpośrednio przed wkłuciem umoczyć w kwasie karbolowym. Tym bowiem sposobem uniknąć można, przynajmniéj z wielkiém prawdopodobieństwem, wprowadzenia istot zakaźnych do gruczołu i uchronić się od niebezpiecznego ropienia gruczołu, a w razie gdyby się to nieszczęście zdarzyło, można sobie przynajmniéj powiedzieć, że się zrobiło wszystko, co tylko jest w naszéj mocy, aby temu zapobiedz.

Po tych przygotowaniach oznacza się miejsce, w które mamy zrobić wstrzyknięcie, przyczém oczywiście wybieramy guz największy. Należy tylko uważać, aby nie skaleczyć igłą powierzchownych naczyń i dla tego uciskamy ręką u spodu szyi, przez co żyły napełniają się i stają się widocznemi. Następnie ustala się guz między palcami i wbijamy igiełkę w kierunku prostopadłym na 1½—2 ctm. w głąb. Unikać należy zbyt powierzchownego wkłucia, gdyż w takim razie lek mógłby się dostać w luźną tkankę łączną podskórną i wywołać tam silne zapalenie, nie wolno téż wbijać igły zbyt głęboko, aby płyn nie dostał się za blisko tchawicy, wielkich naczyń i nerwów. Po wbiciu igiełki naciska się na tłoczek i wstrzykuje powoli żądaną ilość leku do gruczołu. Szczególnie przy pierwszém wstrzykiwaniu ilość leku wprowadzonego do gruczołu powinna być mała, 2—3 przedziałek zwykłéj strzykawki Pravaza. Jeżeli się przekonamy, że oddziaływanie po tym zabiegu jest nieznaczne, wolno podnieść dawkę do 5 lub 6 przedziałek, wstrzykiwanie większych ilości jest niepotrzebne. Po wstrzyknieniu wyciąga się szybko

igiełkę, miejsce wkłucia pokrywamy kawałkiem gazy jodoformowéj, którą przytrzymuje pasek przylepca. Następne wstrzyknięcie należy robić wtedy, gdy odczyn wywołany przez poprzednie przeminie zupełnie. Może to mieć miejsce już po 24 godzinach, czasem po dwóch dniach lub późniéj. Odczyn ten bywa zazwyczaj bardzo mały, ogranicza się do chwilowego bólu, który rozszerza się czasem ku karkowi lub szczęce dolnéj. Czasem jednak występuje dość silne obrzmienie gruczołu, z tego więc powodu we wolach podmostkowych i w przypadkach, w których istnieje już, choćby niewielka, duszność, należy robić wstrzykiwania bardzo ostrożnie i należy mieć chorego przynajmniéj przez kilka godzin w ciągłéj obserwacyi, gdyż obrzmienie to mogłoby, mimo wskazanych w takim razie okładów lodowych, wywołać bardzo znaczną duszność, wymagającą natychmiastowego otwarcia tchawicy. Sąto przypadki wprawdzie bardzo rzadkie, trzeba jednak o nich wiedzieć, aby niebezpieczeństwo nie zaskoczyło lekarza nieprzygotowanego.

Odczyn zapalny wywołany przez wstrzyknięcie leku do gruczołu może się spotęgować aż do nacieku ropnego. Niebezpiecznego tego powikłania można wprawdzie uniknąć prawie zawsze przez zachowanie przy operacyi wspomnianych ostrożności przeciwgnilnych. Że jednak zdarza się ono jeszcze dosyć często, dowodzi tego zestawienie Kochera, który na 24 przypadków zapalenia wola (*strumitis*) wykazał jako przyczynę 6 razy wstrzykiwania miąższowe.

Zabieg ten może téż pociągnąć za sobą inne jeszcze przykrzejsze następstwa, są bowiem znane przypadki, w których po wstrzyknieniu jodu do gruczołu nastąpiło porażenie więzadła głosowego i znane są przypadki nagłéj śmierci, np. opisane przez Lückego i Schmidta, sprowadzonéj bądź to przez nagłe porażenie obu nerwów krtaniowych i nagłe zaduszenie, bądź z powodu dostania się jodu do większych żył i rozległą zakrzepicę. Z tego więc widzicie Panowie, że wstrzykiwanie miąższowe nie jest zabiegiem tak niewinnym, jakby się to może zdawało, że więc przystępować należy

do niego tylko przy odpowiednich wskazaniach i z wszelką należną ostrożnością.

Wól torbielowy zajmuje cokolwiek odrębne stanowisko, uważam téż za stosowne pomówić z Panami osobno o jego leczeniu. Zazwyczaj nietrudno ostatecznie zawsze rozpoznać wol torbielowy za pomocą punkcyi próbnéj, którą należy zawsze wykonywać ściśle przeciwgnilnie, a do któréj zazwyczaj wystarcza strzykawka Pravaza. Czasem jednak płyn zawarty w torbielu jest tak gęsty lub pomięszany z strzępami włóknika, że przez cienką igiełkę nie można nic wydobyć, w takich razach, jeżeli inne objawy, jak okrągła postać, gładka powierzchnia i swobodne poruszanie się wbitéj igiełki strzykawki Pravaza, przemawiają za istnieniem torbiela, wolno w celu pewnego rozpoznania użyć grubszego trójgrańca od strzykawki Dieulafoy lub Potaina. Jeżeli punkcyję wykonywamy jedynie w celu rozpoznawczym, natenczas należy ograniczyć się do wyciągnięcia tylko kilku kropli cieczy, a to tém bardziéj że samo, choćby całkowite, opróżnienie torbiela do wyleczenia nie wystarczy, a powstać może ze ścian torbiela znaczny krwotok i sprowadzić nagły ucisk na tchawicę. Jako środki lecznicze we wołu torbielowym posiadamy wypuszczenie cieczy w nim zawartéj z następowém wstrzyknięciem cieczy drażniących, nacięcie torbiela lub jego wyłuszczenie.

Wykonanie pierwszego z tych zabiegow jest bardzo proste i łatwe. Przygotowawszy tak pole operacyjne jak i narzędzia w ten sam sposób, jak to Panom opisałem mówiąc o wstrzykiwaniach miąższowych, wbija się trójgraniec grubości mniéj więcéj pióra kruczego do torbiela i wypuszcza zawartą w nim treść. Następnie wstrzykuje się do torbiela przez rurkę trójgrańca 20—30 gramów czystego nastoju jodowego, (wstrzykiwanie innych cieczy zostało prawie porzucone), który pozostawia się przez 5—10 minut, ugniatając tymczasem delikatnie na torbiel, aby wszystkie jego ściany zetknęły się z wstrzykniętym płynem; następnie wypuszcza się resztę nastoju jodowego, wyciąga trójgraniec a otwór wkłucia pokrywa kawałkiem gazy jodoformowéj i

zalepia plastrem lepkim. Po tym zabiegu chory doznaje zazwyczaj silnego bólu, a miejscowo występuje odczyn zapalny czasem dość silny, połączony z gorączką dochodzącą do 39°C. i trwającą 2—3 dni. W celu zapobieżenia zbytniemu obrzmieniu szyi należy zaraz po dokończeniu operacyi nałożyć opatrunek lekko uciskający, najlepiéj z pasków gazy lub cienkiego płótna namoczonego w kolodium, a obejmujący $^2/_3$ obwodu szyi. Z powodu tego nagłego obrzmienia wystąpić może zwłaszcza w torbielach sięgających częściowo pod mostek nagła duszność tak wysokiego stopnia że koniecznem jest natychmiast torbiel otworzyć lub go wyłuszczyć. Z tego więc powodu należy zawsze chorego, u którego wykonaliśmy ten zabieg, pozostawić przynajmniéj przez pierwsze godziny pod ciągłą obserwacyją, aby przypadkiem pomoc nasza nie przyszła za późno.

Niezapominajcie też Panowie uprzedzić chorego, że na razie nie będzie skutku operacyi, że szyja może być nawet grubsza niż była przed operacyją, dopiero w następnych tygodniach wysięk zapalny sprowadzony zadrażnieniem ścian torbiela ulega wessaniu, ściany torbiela zrastają się i następuje wyleczenie. Nie zawsze jednak osiągamy ten pomyślny skutek. Dość często torbiel nie zrasta się, owszem napełnia się cieczą na nowo i pozostaje stan taki, jaki był przed operacyją. Pomyślnego wyniku możemy się spodziewać, gdy torbiel leży powierzchownie, gdy ściany jego są cienkie a treść rzadka, zupełnie jasna lub barwy jasno brunatnéj. W przeciwnym razie, zwłaszcza gdy ściany są grube, może nawet częściowo zwapniałe, a treść gęsta zawiera strzępy włókniste, nadzieja wyleczenia przez opisane wstrzykiwanie jodu jest bardzo mała, i lepiéj jest nawet środka tego nie próbować i od razu przystąpić do innych pewniejszych sposobów.

Drugim zabiegiem operacyjnym używanym w leczeniu wola torbielowego jest szerokie otwarcie torbiela. Sposób ten, podany przez Becka, cieszy się jeszcze dzisiaj uznaniem wielu chirurgów, zwłaszcza z odmianą podaną przez Cheliusa, t. j. z przyszyciem ścian torbiela do skóry.

Operacyja ta jest dosyć łatwa, a wykonywa się ją w ten sposób, że, oczywiście przy ścisłém postępowaniu przeciwgnilném, przecina się skórę wzdłuż torbiela, a doszedłszy do niego zakłada się kilka szwów spajających ściany jego z brzegami skóry, następnie rozcina się torbiel w całéj długości rany skórnéj i zaraz zespaja się dokładnie ściany torbiela ze skórą, przez co tamuje się także czasem dość znaczny krwotok ze ścian torbiela. Następnie wypłukuje się wnętrze torbiela, wprowadza się do jego jamy 2 lub 3 sączki i ranę zamyka się kilkoma szwami głębokiemi, lub téż wypełnia się całą jamę gazą przeciwgnilną najlepiéj jodoformową, a postępowanie to zasługuje na pierwszeństwo zwłaszcza tam, gdzie z wnętrza torbiela mocno krwawi.

Niebezpieczeństwo, z jakiém dawniéj połączony był ten sposób operowania, mianowicie zropienie torbiela, zostało wprawdzie przez postępowanie przeciwgnilne usunięte, ponieważ jednak sposób ten nie chroni w zupełności od recydywy i ponieważ leczenie trwa dosyć długo, a ponieważ z drugiéj strony wyłuszczenie wola torbielowego jest zazwyczaj łatwe, przeto wielu chirurgów woli tę ostatnią operacyję. Inne używane dawniéj sposoby, jak przepalanie ścian torbiela środkami żrącemi według Sédillota lub zgniatanie go kleszczami podanemi przez Velleta, podobnie jak leczenie go za pomocą elektropunktury, zostały porzucone. Radziłbym więc Panom, w przypadkach odpowiednich, a więc posiadających wyżéj wzmiankowane warunki, wykonać punkcyję z następowém wstrzyknięciem jodu, w razie przeciwnym lub gdy pierwszy zabieg pozostał bez skutku polecić choremu wyłuszczenie torbiela.

Pozwólcie Panowie, że wspomnę jeszcze o jedném wskazaniu do nacięcia gruczołu tarczykowego: jest niém ropienie tego narządu, występujące bardzo rzadko samoistnie, częściéj jako przerzut w chorobach zakaźnych, najczęściéj po urazach miejscowych, np. po wstrzykiwaniach miąższowych. Ostry stan zapalny gruczołu prowadzi do nagłego obrzęku, a chory z powodu ucisku na tchawicę może się udusić, lub téż ropienie szerzyć się może do śródpiersia i tym sposobem

sprowadzić niepomyślne zakończenie sprawy. Widzicie więc Panowie, że zapalenie gruczołu tarczykowego jest chorobą ważną, a więc leczenie musi być energiczne; polega ono w samym początku choroby na stosowaniu zimna, najlepiéj jako zimna suchego, a więc worka lodowego lub przyrządu chłodzącego Leitera, przez który przepuszczamy wodę lodową. Jeżeli zaś mamy podejrzenie, że istnieje już ognisko ropne, należy wykonać punkcyję próbną, a gdy ta wykaże choć małą ilość ropy, należy natychmiast ropień, choćby jeszcze głęboki, otworzyć. W tym celu prowadzi się oczywiście cięcie warstwowe, a doszedłszy do miąższu gruczołu lepiéj jest w celu uniknięcia krwotoku torować sobie drogę narzędziami tępemi. Po otwarciu ogniska ropnego wprowadza się dość gruby sączek i leczy się chorego tak samo, jak przy głębokim ropniu w jakiémbądź inném miejscu.

Przechodzę obecnie do najważniejszéj części naszego tematu, t. j. do wyłuszczenia wola.

Niedawneto jeszcze rzeczy, bo ledwie przed 15 laty, poważni chirurgowie operacyję tę zupełnie potępili i nie dziw, bo według statystyki Liebrechta procent śmiertelności po téj operacyi wynosił 50, a nawet 70%. Dzisiaj, gdy dzięki poznaniu zasad przeciwgnilnego postępowania, gdy w skutek prac Billrotha, Kochera, Rosego, Brunsa, Maasa i innych, technika operacyjna została do wysokiego stopnia wydoskonaloną, tak że wyłuszczenie wola można dziś zaliczyć do operacyj typicznych, gdy procent śmiertelności spadł przy niepowikłanych operacyjach niżéj 5%, dziś zapatrujemy się na wyłuszczenie wola z innego stanowiska i nikt pewnie nie pomyśli o tém, aby zabieg ten z pomiędzy operacyj chirurgicznych wykreślić. Mimo jednak tych zaiste świetnych wyników przystępujemy i dziś do téj operacyi tylko przy pewnych wskazaniach i nie posuwamy się tak daleko, jak np. Rose, który radził wyłuszczyć każdy cokolwiek większy wól, a to jako środek zapobiegawczy przeciw niekorzystnemu wpływowi, jaki przerosły gruczoł tarczykowy wywierać ma na cały ustrój z powodu ucisku na tchawicę i utrudnienie oddechania. Do wyłuszczenia wola

przystępujemy więc przedewszystkiém dopiero tam, gdzie inne łagodniejsze środki nie wystarczają lub gdzie przypadek jest tak daleko posunięty, że na stosowaniu ich nie można tracić czasu. Jeżeli więc chory przychodzi do nas z objawami bardzo znacznéj duszności, jeżeli znajduje się w ciągłém niebezpieczeństwie nagłéj utraty życia, bądźto przez zaciśnięcie zupełne zwężonéj już tchawicy lub przez porażenie mięśni krtaniowych, w takich razach wyłuszczenie wola, i tó jak najwcześniejsze, stanowi niejako *indicatio vitalis.* To samo ma miejsce, jeżeli rozpoznamy nowotwór złośliwy, rozwijający się w gruczole tarczykowym, bo i w tym razie jedynym środkiem uratowania chorego od śmierci jest wyłuszczenie schorzałego gruczołu, a im wcześniéj to uskutecznimy, tém większe są szanse zupełnego i trwałego wyleczenia chorego.

Drugi rodzaj wskazówek jest taki, przy którym choremu nie grozi wprawdzie na razie żadne niebezpieczeństwo, gdzie jednak możemy wnioskować, że ono wcześniéj lub późniéj wystąpi. Ma to zaś miejsce tam, gdzie wól ma dążność rozwijania się ku głębi, gdzie występują już początki ucisku na tchawicę, objawiającego się dusznością przy silniejszych ruchach, przy schylaniu głowy, noszeniu ciężarów, chodzeniu pod górę itp. Jeżeli w takich przypadkach jod próbowany w różnych postaciach zawiedzie, wolno lekarzowi przystąpić do wyłuszczenia wola.

Największa różnica zdań chirurgów objawia się w odpowiedzi na pytanie, czy wolno operować ze względów czysto kosmetycznych, a więc tam, gdzie powiększony gruczoł tarczykowy oprócz oszpecenia nie sprawia żadnych innych dolegliwości. Zdaje mi się, że odpowiedź na to nie powinna być wprost przeczącą. Mogą bowiem zajść takie okoliczności, że uwolnienie chorego od oszpecającéj wady może być dla niego rzeczą nadzwyczaj ważną. Bardzo dobrze mam w pamięci młodą kobietę, która mimo kilkakrotnéj odmowy i przedstawienia jéj wszystkich niebezpieczeństw operacyi w barwach bardzo drastycznych, na klęczkach prawie prosiła ś. p. prof. Bryka, aby ją uwolnił od wola, który

jéj wprawdzie nie sprawiał wcale żadnych dolegliwości, który jednak był przyczyną postradania korzystnéj służby. Zważywszy więc, że obecnie operacyja wola przedstawia względnie mało niebezpieczeństwa, zgodziłbym się w pewnych wyjątkowych przypadkach na wykonanie jéj nawet ze względów czysto kosmetycznych.

W najnowszych czasach przekonano się, że choroba Basedowa wcale nie jest przeciwwskazaniem do wyłuszczenia wola, owszem często wraz z usunięciem przerosłéj części gruczołu tarczykowego maleją i inne objawy choroby Basedowa.

Spostrzeżenia ostatnich kilku lat przekonały téż, że wyłuszczenia całego gruczołu tarczykowego należy, o ile możności, unikać. Przekonano się bowiem, że oddalenie narządu tego, którego znaczenie dla ustroju jest dotychczas nieznane, wywołuje bardzo często ważne i ciężkie zmiany w całym organizmie, a mianowicie chorzy tacy podlegają czasem chorobie nerwowéj, tak zwanéj tetanii, lub téż rozwija się u nich często ciężkie zaburzenie w odżywianiu i przychodzi u nich do swoistego charłactwa nazwanego przez Kochera *cachexia strumipriva*.

Pierwszą z tych chorób znacie Panowie z wykładów medycyny wewnętrznéj, gdyż pojawia się ona nietylko po wyłuszczeniu wola, lecz także z innych przyczyn. Nie będę się więc przy niéj zatrzymywał, powiem tylko, że nie spostrzegano jéj dotychczas po wyjęciu części gruczołu tarczykowego, że występuje ona najczęściéj po wyłuszczeniu całego wola u młodych dziewcząt, znacznie rzadziéj u mężczyzn, że pojawia się zazwyczaj na 2 lub 3 dzień po operacyi, że natężenie jéj może być rozmaite i czasem ogranicza się do charakterystycznych skurczów odnóg górnych, do objawu Trousseaua, czasem zaś kurcze ogarnąć mogą wszystkie mięśnie i znane są przypadki śmierci z powodu kurczu mięśni oddechowych. Trwanie téj choroby może téż być różne, czasem ustępuje już po kilku lub kilkunastu dniach, czasem jednak utrzymuje się przez długie miesiące. Leczenie téj choroby polega tak samo jak w przypadkach tetanii samoistnéj na podawaniu leków kojących, głównie chloralu, a

w przypadkach przewlekłych prąd stały przynosi znaczną ulgę.

Druga ze wspomnianych chorób występuje jedynie i wyłącznie po wyjęciu całego gruczołu tarczykowego. Choroba ta, na którą przed 2ma prawie laty zwrócili uwagę Kocher, Reverdin i Julliad, występuje dopiero w 2 lub 3 miesiące po operacyi, czasem upływa pół roku lub nieco dłużéj, nim się pokażą pierwsze jéj objawy. Polegają one na tém, że chory doznaje znacznego osłabienia. Każda nawet drobna robota męczy go, ztąd ruchy jego stają się powolne i ociężałe, ztąd niemożność wykonywania delikatniejszych robót i niechęć do pracy. Prawie równocześnie występuje obrzmienie twarzy, a mianowicie powiek i warg, a z tego powodu twarz nabiera wyrazu głupkowatego, apatycznego a występujące czasem obrzmienie języka i podniebienia miękkiego sprawia, iż mowa takich chorych jest powolna i niewyraźna. U osób młodych znajdujących się w okresie rozwoju zostaje często wzrost zupełnie powstrzymany.

Obrzmienie, występujące pierwotnie tylko na twarzy, rozszerza się potém na całą skórę, która staje się suchą, łuszczy się i traci właściwą sobie elastyczność. Włosy na głowie wypadają a chory przedstawia wybitny obraz matołka. W kilku przypadkach opisanych przez Baumgärtnera obrzmienie więzadeł głosowych było tak znaczne, że potrzeba było otworzyć tchawicę, aby chorego uratować od śmierci z zaduszenia.

Niekorzystny wpływ wyłuszczenia całego gruczołu tarczykowego objawia się u osób młodych także przez upośledzenie władz umysłowych, które nietylko się nie rozwijają, lecz nawet widocznie cofają się wstecz a w końcu operowany staje się zupełnym idyjotą.

Jaka jest ostateczna przyczyna téj przykréj choroby, tego jeszcze napewne nie wiemy. Kocher odnosi ją do zmienionych stosunków krążenia w mózgu a to głównie z powodu następnego zaniku tchawicy i utrudnionego dostawania się tlenu do płuc. Podobnie Baumgärtner upatruje przyczyny charłactwa w niedostateczném oddechaniu

z powodu zmian w unerwieniu krtani. Tłumaczcnie to jednak jest niedostateczne. Pomijając już bowiem tę okoliczność, że podobne zmiany w odżywianiu nie występują nigdy u osób, które nieraz przez długie miesiące cierpią na zwężenie krtani lub tchawicy z powodu blizn lub nowotworu, to przemawia przeciw temu i to spostrzeżenie, że pozostawienie choćby tak małéj części gruczołu, że ta ani na odżywienie tchawicy, ani na stosunki krążenia w mózgu z pewnością nie może mieć wpływu, przecie wystarcza, aby uchronić operowanego od następowego charłactwa.

Przypuszczenie Bardelebena, że charłactwo, występujące po wyłuszczeniu wola, jest tylko dalszym ciągiem objawów matołectwa, i że rozwija się ono nie w skutek lecz pomimo usunięcia wola, zdaje się, nie jest słuszne, dla tego że przed operacyją prócz powiększenia gruczołu tarczykowego nie ma często żadnych innych objawów jakiegokolwiek zboczenia w ustroju, a powtóre dla tego, że objawy matołectwa są bardzo różne od zajmującego nas tu charłactwa a najpodobniejsze do choroby zwanéj przez Charcota *cachexie pachydermatique*, łączącéj się bardzo często nie z powiększeniem lecz przeciwnie z zanikiem gruczołu tarczykowego.

Musimy więc przyjąć zdanie, że gruczoł tarczykowy ma jakieś swoiste działanie, polegające może na wytwarzaniu jakiéjś istoty potrzebnéj do prawidłowego odżywiania ośrodków nerwowych lub może przetwarzania gromadzących się ciał szkodliwych. Do przypuszczenia tego, do którego skłania się także Bruns i za którém przemawiają doświadczenia na zwierzętach wykonane przez Schiffa, Wagnera i Zesasa, uprawnia nas i to, że zmiany cechujące tę chorobę występują dopiero w jakiś czas po operacyi, a więc właśnie wtedy, gdy zboczenie krążenia w mózgu, jeżeli ono w ogóle było, powinno się już wyrównać. Rokowanie przy rozwijającém się charłactwie jest niedobre, gdyż u osób młodych nie możemy powiedzieć do jakiego stopnia choroba się posunie, nie mamy téż środka, aby ją w rozwoju powstrzymać lub ją wyleczyć.

Trzeciém powikłaniem wydarzającém się czasem po wyłuszczeniu wola jest porażenie krtani, występujące oczywiście zawsze, jeżeli nerw krtaniowy dolny, bądźto z powodu zawikłanych stosunków topograficznych, jakto może mieć miejsce przy wolach bardzo dużych, lub przy rozwijaniu się nowotworu złośliwego, bądźtéż przez nieostrożność został przecięty, a porażenie obejmować będzie jedno lub oba więzadła stosownie do tego, czy jeden czy oba nerwy zostały uszkodzone. Powikłanie to jest bardzo nieprzyjemne, a przy obustronném porażeniu nawet bardzo niebezpieczném, gdyż, pomijając już zupełny bezgłos, chory narażony jest na dostawanie się cząstek pokarmów do płuc i znanych już jest kilka przypadków śmierci z tego powodu.

Porażenie to może jednak wystąpić mimo że nerw z pewnością nie został przecięty, a objaw ten tłumaczy się przez zbytnie podrażnienie nerwu, bądźto mechaniczne podczas oddzielania go od gruczołu, bądźtéż chemiczne przez kwas karbolowy. Porażenie takie zazwyczaj ustępuje po pewnym czasie, czasem jednak pozostaje na zawsze. Rokowanie zależy głównie od przyczyny porażenia. Jeżeli mamy pewność, że nerw nie został przecięty, to możemy mieć nadzieję, że chory zostanie wyleczony, jeżeli nerw był przecięty, to porażenie zazwyczaj pozostaje na zawsze lubo po jednostronném porażeniu głos może się z czasem poprawić przez nadmierne niejako działanie więzadła zdrowego. W każdym razie najpewniejszym środkiem leczenia jest miejscowe stosowanie prądu galwanicznego. Inne niebezpieczeństwa grożące operowanym są te same, jak przy każdéj innéj ważniejszéj operacyi, tylko że powikłania w przebiegu rany są tu z powodu rozległych przestworów tkanko-łącznowych, bliskości wielkich naczyń i śródpiersia, niebezpieczniejsze niż przy ranach w innych okolicach ciała. Zapobiedz im można przez bardzo ścisłe postępowanie przeciwgnilne.

Przechodzę obecnie do wykonania operacyi. Wykonywamy ją oczywiście po uśpieniu chorego chloroformem, gdyż rada Reverdina, aby operować bez narkozy, nie ma żadnéj racyjonalnéj podstawy. Nie potrzebuję już zwracać

uwagi Panów na to, że do operacyi téj wolno w ogóle przystępować tylko temu, kto zna i ma pod ręką cały aparat przeciwgnilny. — Technika operacyjna jest tak wysoko posunięta, że wyłuszczenie wola należy dziś do operacyj typicznych.

Co do cięcia skórnego to najlepiéj prowadzić je po wewnętrznym brzegu mięśnia mostko-obojczykowego téj strony, po któréj znajduje się wól, lub wybrać cięcie lekko kątowate idące od kąta szczęki dolnéj ku krtani, a ztąd na dół ku wcięciu mostkowemu. Cięcia płatowe są jako powikłane mniéj odpowiednie.

Po przecięciu skóry dochodzi się warstwowo do samego gruczołu, chwytając każde naczynie, które się nie da oszczędzić pomiędzy 2 podwiązki, tak aby krwotok był jak najmniejszy.

Doszedłszy do torebki gruczołu wyłuszcza się drogą tępą, najlepiéj palcami, górny róg gruczołu i podwięzuje wchodzącą doń tętnicę i żyłę tarczykową górną, które między 2ma podwiązkami przecinamy. Uwolniwszy w ten sposób płat górny odszukujemy nerw krtaniowy, przebiegający tuż koło samėj tchawicy Odszukanie jego przedstawia nieraz znaczne trudności, zwłaszcza gdy nerw przewija się pomiędzy gałązkami tętnicy tarczykowéj dolnéj. Należy więc okolicę tę wypreparować czysto anatomicznie, dopóki nerw w całym swym przebiegu aż do miejsca wejścia do krtani nie zostanie zupełnie odsłonięty, gdyż tylko tym sposobem można z pewnością uchronić się od jego przecięcia.

Po wyszukaniu nerwu podwięzuje się tętnicę tarczykową dolną i żyły wychodzące z dolnego płatu, a następnie przecina się pasma tkanki łącznéj między gruczołem a przednią ścianą tchawicy. Doszedłszy do linii środkowéj chwyta się mostek gruczołu w silne kleszcze a w utworzonym rowku zakłada się silną podwiązkę katgutową, przed którą gruczoł się odcina. W ten sposób wyłuszcza się połowa lub mniejsza część gruczołu. Jeżeli powiększona jest i druga połowa, natenczas wolno jest wyciąć jéj część, byle pozostał

kawałek dolnego lub górnego płatu, a to właśnie w celu uchronienia chorego od tetanii lub następowego charłactwa.

Baumgärtner, który jak wspomniałem, odnosi rozwój swoistego charłactwa do zaniku tchawicy i utrudnionego oddechania, radził oddzielić najpierw cały gruczoł od tchawicy a potém dopiero podwięzywać główne pnie naczyń jak najbliżéj gruczołu, a to w celu oszczędzenia jak największéj ilości naczyń idących do tchawicy. Czy mozolny ten sposób operowania jest w stanie zapobiedz następowemu charłactwu, jest wątpliwe już dla tego, że cała kwestyja zaniku tchawicy po wyłuszczeniu wola jest całkiem nieudowodnioną. — Ponieważ zaś doświadczenie stwierdziło, że tak tetanija jak charłactwo występuje jedynie po usunięciu całego gruczołu, przeto starać się musimy, aby zawsze pozostawić pewną część tkanki gruczołowéj, a możemy to uczynić tém śmieléj, że doświadczenia zrobione w klinice prof. Mikulicza pouczają, że pozostawione części gruczołu wcale nie przeszkadzają bezpośredniemu gojeniu się rany, jak się tego dawniéj obawiano. Doświadczenie to poprowadziło też w ostatnim przypadku do odmiennego sposobu operowania. Przypadek ten dotyczył kobiety 30.kilkoletniéj, cierpiącéj na chorobę Basedowa, u któréj cały gruczoł był mocno powiększony i oba płaty dolne sięgały nieco pod mostek, tak że wyjęcie jednéj połowy gruczołu nie byłoby z pewnością wystarczyło do usunięcia znacznéj duszności. W przypadku tym więc wyjął prof. Mikulicz prawie cały gruczoł, tylko wzdłuż przebiegu nerwu krtaniowego dolnego po obu stronach pozostały małe cząstki gruczołu. Operacyja w ten sposób wykonana jest mniéj mozolna, dla tego, że odpada odszukiwanie i oddzielanie nerwu krtaniowego, który też zostaje zupełnie nieodsłonięty a więc nienarażony na szkodliwe drażnienie mechaniczne lub chemiczne i nie może być przecięty. Operacyja ta jest też połączona z mniejszym krwotokiem, sam gruczoł bowiem, który przecina się po podwiązaniu go w małych pęczkach, zupełnie nie krwawi. W przypadku tym, mimo że pozostały tylko bardzo małe resztki gruczołu, nie wystąpiła ani tetanija ani charłactwo. Być może, że zu-

pełne ochronienie nerwu krtaniowego od wszelkiego drażnienia wywiera także pomyślny skutek, że więc ten sposób operowania i z tego powodu zasługuje na pierwszeństwo przed dawnym. Jeszcze na jednę okoliczność muszę zwrócić uwagę Panów. Zdarza się czasem, zwłaszcza w przypadkach, w których istnieje zwężenie tchawicy, że podczas operacyi występuje znaczna duszność. Otóż w takim razie należy przez odciągnienie wola na zewnątrz rozszerzyć światło tchawicy, należy ustać cokolwiek z narkozą, byle tylko o ile możności uniknąć otwarcia tchawicy i do tego środka uciec się dopiero w chwili rzeczywistego i groźnego niebezpieczeństwa. Doświadczenie bowiem poucza, że procent śmiertelności w przypadkach operacyi wola połączonych z tracheotomiją jest 5 do 6 razy gorszy niż bez tego powikłania, oczywiście z powodu, że z chwilą otwarcia tchawicy przeciwgnilne gojenie się rany staje się niemożebne, gdyż śluz dostający się do świeżéj rany wywołuje w niéj rozległe i niebezpieczne ropienie. Po usunięciu wola oddech staje się swobodny i niebezpieczeństwo zaduszenia ustaje.

Po dokończeniu operacyi wymywa się całą ranę kilkakrotnie 3% kwasem karbolowym, zakłada się 2 lub 3 sączki w najgłębsze zaułki rany, którą zamyka się przez dwurzędny szew i obszerny opatrunek przeciwgnilny, obejmujący szyję, głowę i piersi.

Przy zachowaniu wszelkich ostrożności przeciwgnilnych tak przed operacyją jak i podczas niéj, przebieg gojenia bywa zazwyczaj zupełnie pomyślny, a po 10 lub 14 dniach chory jest na zawsze uwolniony od niebezpiecznego cierpienia.

